

CAMPAÑA DE VACINACIÓN CONXUNTA ANTIGRIPIAL E ANTIPNEUMOCÓCICA, 2000

De seguido resúmense algunhas das características máis salientables da campaña de vacinación conxunta antigripal e antipneumocócica que, por vez primeira neste ano 2000, vai desenvolverla Consellería de Sanidade e Servizos Sociais, a través da Dirección Xeral de Saúde Pública e do Servizo Galego de Saúde. Se desexa información máis polo miúdo, pode solicitala á devandita Dirección Xeral¹.

Duración da campaña: a campaña iniciarase o 25 de setembro de 2000, e rematará o 17 de novembro deste mesmo ano.

POBOACIÓN DIANA

Indicación xenérica: a vacinación conxunta fronte ó pneumococo e o virus da gripe en tódalas persoas que teñan 65 ou máis anos de idade.

Vacinación en grupos de risco de idade inferior ós 65 anos:

Recibirán as dúas vacinas (sempre que teñan 2 ou máis anos de idade) as persoas con:

- (1) Inmunosupresión, ou
- (2) Enfermidades crónicas cardiovasculares, pulmonares, metabólicas ou renais.

Recibirán só a vacina antigripal (sempre que teñan 6 ou máis meses de idade):

- ▶ As persoas coas patoloxías anteriores e que teñan menos de dous anos de idade.
- ▶ As persoas institucionalizadas que padezan procesos crónicos.
- ▶ Os nenos e mozos (ata os 18 anos) que seguen tratamentos prolongados con aspirina.
- ▶ As persoas con asma.
- ▶ As mulleres embarazadas.
- ▶ Os traballadores de centros sanitarios e sociais e asistentes domiciliarios de persoas de grupos de risco.

Recibirán só a vacina antipneumocócica (sempre que teñan 2 ou máis anos de idade) as persoas con: inxesta excesiva e crónica de alcohol, hepatopatía crónica, solución de continuidade da duramáter ou asplenia anatómica ou funcional.

AS VACINAS

Composición:

Vacina antigripal: vacina trivalente de virus inactivados (mortos) e fraccionados, que contén os antíxenos seguintes:

- * Cepa análoga A / Moscow / 10 / 99 (H3N2), contendo 15 mcg de hemaglutinina.
- * Cepa A / New Caledonia / 20 / 99 (H1N1) contendo 15 mcg de hemaglutinina.
- * Cepa análoga B / Beijing / 184 / 93, contendo 15 mcg de hemaglutinina.

Vacina antipneumocócica: vacina de polisacáridos capsulares purificados de 23 serotipos do *S. pneumoniae* (serotipos 1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17F, 18C, 19A, 19F, 20, 22F, 23F e 33F). Contén 25 microgramos de cada un deles.

Administración das vacinas

Vía: intramuscular.

Lugar: nos nenos de ata 1 ano de idade, na cara anterolateral externa da coxa; nos adultos e nenos maiores, na zona deltoidea.

A administración conxunta das dúas vacinas realizarase en lugares anatómicos diferentes.

Dose. Vacina antigripal: administrárase unha única dose anual a tódalas persoas, independentemente da súa idade ou pertenza a grupo de risco, agás nos nenos de ata 8 anos que non foron vacinados con anterioridade, nos que se recomenda a aplicación de 2 doses, de 0,25 ml ós nenos con idades comprendidas entre os 6 e os 35 meses e de 0,50 ml ós nenos de entre 3 e 8 anos de idade, separadas entre si, en ámbolos dous casos, por alomenos 4 semanas.

Vacina antipneumocócica: administrárase unha única dose de 0,5 ml a tódalas persoas, con independencia da súa idade ou pertenza a grupo de risco. As situacións nas que se contempla a administración dunha segunda dose son: (1) persoas de 65 ou máis anos: poderán recibir unha segunda dose se pasaron alomenos 5 anos e esta primeira dose se lles administrou antes dos 65 anos; e (2) Persoas entre 2-64 anos de idade con asplenia anatómica ou funcional e inmunodeprimidos: neste caso está indicada unha segunda dose os 5 anos da primeira se a recibiu con máis de 10 anos e ós 3 anos se a recibiu a unha idade inferior ós 10 anos.

Efectos secundarios: o efecto secundario máis frecuente, tanto para a vacina antigripal como para a antipneumocócica, é a reacción local no lugar da inxección (dor, eritema, induración) de curta duración (menos de 48 horas).

As reaccións locais máis severas e as reaccións sistémicas son infrecuentes, e as reaccións febrís severas extremadamente raras.

Cando a vacina antipneumocócica se administra simultaneamente coa vacina antigripal, non aumenta nin o número nin a gravidade das reaccións adversas.

Contraindicacións: hipersensibilidade anafiláctica ós ovos (vacina antigripal) ou a outros compoñentes da vacina correspondente. Xeralmente é preferible retrasar a vacinación cando haxa enfermidade febril aguda ata que remitan os seus síntomas. Nembargantes, enfermidades menores con ou sen febre non contraindicarán o uso da vacina da gripe nin do pneumococo. A aplicación destas vacinas NON ESTÁ CONTRAINDICADA en persoas inmunodeficientes calquera que sexa a súa causa: inmunosupresión farmacolóxica, neoplasias, infección polo VIH, etc... dado que non se trata de vacinas de microorganismos vivos e polo tanto non existe risco de enfermidade producida pola vacina. Pola contra, estas persoas forman parte dun grupo de indicación específica. O único que se pode esperar é unha menor resposta inmune.

Conservación: as vacinas conservaranse entre +2°C e +8°C, protexidas da luz. Débese evita-la súa conxelación.

¹ Dirección Xeral de Saúde Pública. Circular 5/99 da Consellería de Sanidade e Servizos Sociais.

SISTEMA DE ALER TA EPIDEMIOLÓXICA DE GALICIA (SAEG)				
TELÉFONOS DIRECTOS	Epidemioloxía A Coruña	Epidemioloxía Lugo	Epidemioloxía Ourense	Epidemioloxía Pontevedra
Horario de oficina	981 185 834	982 294 114	988 386 339	986 805 872

EPIDEMIÓLOGO DE GARDA (fóra de horario de oficina) Tfno: **649 82 90 90**
A través do 061 tamén é posible contactar co SAEG

BOLETÍN EPIDEMIOLÓXICO DE GALICIA
SERVICIO DE INFORMACIÓN SOBRE SAÚDE PÚBLICA. Dirección Xeral de Saúde Pública
Avda. do Camiño Francés, nº 10 - baixo. 15771 - SANTIAGO DE COMPOSTELA
Telf.: 981 542 929 - Fax: 981 542 970 - E-mail: dxsp3@jet.es



D.L.: C-1767-1995

A SOSPEITA DE SARAMPELO É DE DECLARACIÓN OBRIGATORIA URXENTE Ó SAEG
→ Febre >38°, exantema máculo-papular, e: tose ou rinite ou conxuntivite

Opinións dos médicos de atención primaria sobre o Boletín Epidemiolóxico de Galicia, as Guías de Saúde Pública e o Sistema Xeral de Notificación Obligatoria de Enfermidades.

A vixilancia de enfermidades implica o coñecemento e o seguimento da súa ocorrencia na poboación. Os datos necesarios para facelo obtéñense, en grande parte, das notificacións que con carácter obrigatorio fan os médicos asistenciais (configurando, deste xeito o que se coñece como un sistema de vixilancia pasiva). Estes datos permiten coñecer a conduta e a evolución das enfermidades e, deste xeito, poder elixir en cada momento as medidas de control máis axeitadas fronte a elas.

Doutra banda, a vixilancia de enfermidades pode proporcionarlles ós médicos asistenciais unha información de utilidade no manexo destas enfermidades ó indicar, por exemplo, as poboacións a risco ou cando e a quen aplica-las medidas de prevención.

En Galicia a vixilancia de enfermidades artéllase orredor do Sistema Xeral de Notificación Obligatoria de Enfermidades (SXNOE), que está integrado na Rede Galega de Vixilancia en Saúde Pública¹. O SXNOE, que dispón dun sistema específico para as notificacións urxentes, o SAEG, veu a substituí-lo antigo "Sistema de enfermidades de declaración obligatoria de Galicia".

Ademais, os profesionais sanitarios reciben a información dos sistemas de vixilancia a través dos boletíns epidemiolóxicos. A publicación destes boletíns é unha práctica habitual dos organismos adicados á vixilancia en Saúde Pública, e o seu principal obxectivo é poñer en coñecemento dos médicos e demais profesionais sanitarios a información (incidencia, mortalidade, evolución, cambios nas poboacións, etc...) referida a todas aquelas enfermidades e situacións que poden repercutir na saúde da poboación.

En Galicia, a Dirección Xeral de Saúde Pública (DXSP) publica dende 1986 o Boletín Epidemiolóxico de Galicia (BEG), se ben o seu formato actual data de 1995. Tamén neste ano principiou a publicación das Guías de Saúde Pública (GSP), un conxunto de informes temáticos independentes para os profesionais dos servizos sanitarios.

ENQUIA ÓS DECLARANTES

Inmersa nun proceso de mellora, e co obxectivo de que os profesionais de atención primaria (AP) aportasen a súa opinión como usuarios das publicacións da DXSP, durante o ano 1998 a Área de Medicina Preventiva e Saúde Pública da Universidade de Santiago realizou, por encargo da DXSP, unha enquisa nunha mostra de médicos de AP sobre o BEG, as GSP e mesmo sobre o que entón era o Sistema de enfermidades de declaración obligatoria e na actualidade é o SXNOE, como quedou dito.

Aínda que os participantes na enquisa teñan recibido os resultados da mesma de forma persoalizada, a DXSP considera interesante que tódolos médicos de AP teñan coñecemento dos resultados da enquisa, que á DXSP lle presentou a Área de Medicina Preventiva e Saúde Pública da Universidade de Santiago.

A mostra de participantes na enquisa (599), foi seleccionada mediante unha mostraxe aleatoria estratificada por provincias, de xeito proporcional ó tamaño da poboación de cada unha delas, entre tódolos médicos de AP que desenvolvían a súa actividade en Galicia durante o ano 1998 (arredor de 1.800).

O cuestionario da enquisa, que foi enviado por correo postal e devolto polo mesmo medio, constaba de catro apartados. O primeiro deles sobor do BEG e das GSP, as dúas publicacións periódicas que a DXSP remite ós puntos de notificación do SXNOE, que abrangue a tódolos médicos de AP.

No segundo bloque solicitábase a opinión dos declarantes sobre dunha serie de afirmacións relacionadas coas características do SXNOE. As preguntas do terceiro bloque referíanse ó sistema de alerta epidemiolóxica de Galicia (SAEG). O último apartado estaba destinado a recoller as opinións e suxerencias dos enquisados.

As respostas obtidas nos tres primeiros apartados foron codificadas, para a súa análise descriptiva, nunha escala de 0 a 10. Pola súa banda, as suxestións foron agrupadas por temas. Neste número, ademais de presenta-los resultados da enquisa, coméntanse tanto eses resultados como as suxerencias e opinións dos profesionais sobre do SXNOE.

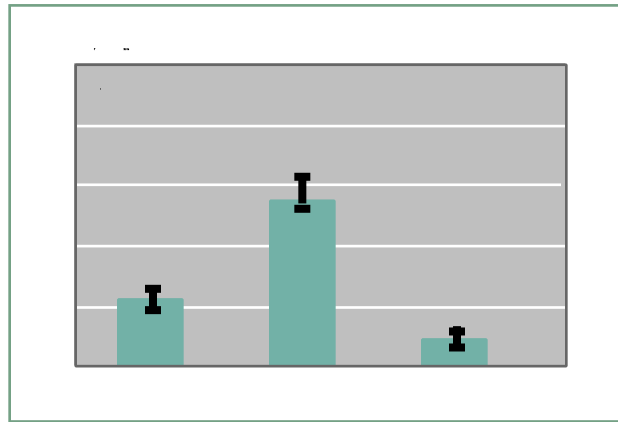
RESULTADOS

A enquisa respostárona 360 médicos, que supoñen un nivel de resposta do 60,09%; porcentaxe esta que se considera axeitada nas enquisas feitas por correo postal.

* **Sobre do BEG e das GSP** – A recepción do BEG e as GSP non presenta en xeral problemas, xa que só un 2,5% dos respondentes á enquisa sinalan que non os reciben. Ademais, máis dun 84% dos profesionais, distribuídos como se amosa na figura 1, afirman que os olean e/ou os len con detemento.

SUMARIO	Opinións dos médicos de atención primaria sobre o Boletín Epidemiolóxico de Galicia, as Guías de Saúde Pública e o Sistema Xeral de Notificación Obligatoria de Enfermidades.
	● EN BREVE...: Campaña de vacinación conxunta antigripal e antipneumocócica.
	● ANEXOS I e II: Situación das EDO nas cuadrisemanas 10 e 11/99.
	● ANEXO III: As enfermidades pneumocócicas e a súa prevención.
	● ANEXO IV: Informe de seguimento. A enfermidade invasiva polo Hib.

Figura 1. Lectura do BEG e das GSP: Nivel medio de lectura e máis o intervalo conformado por dúas desviacións estándar



Respecto á calidade e ó interese dos contidos, aínda que existe unha grande heteroxeneidade nas respostas para ámbalas dúas publicacións, a valoración é mellor no caso das GSP que dos BEG. O mesmo ocorre tamén coa valoración que se lle deu ó formato e á comodidade do texto. O valor medio das puntuacións preséntanse na figura 2.

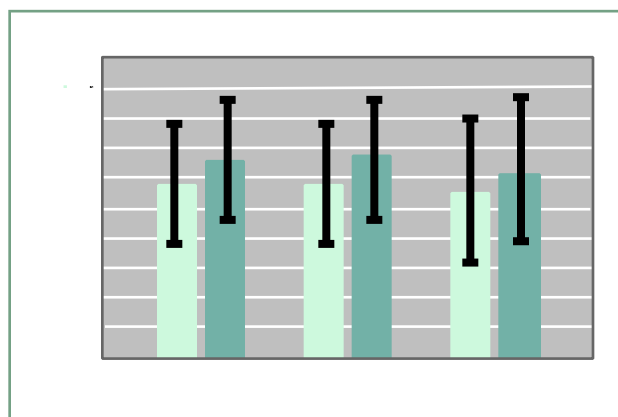
De tódolos temas tratados nas dúas publicacións, os que suscitaron o meirande interese entre os profesionais foron os referidos á enfermidade meningocócica e a tuberculose. As GSP relacionadas coas vacinas foron consideradas, asemade, de moito interese para os médicos de AP. Os temas sinalados como máis interesantes reflicten, especialmente no que afecta ás GSP, de xeito claro que a prioridade se lle otorga ós temas de saúde pública que se relacionan máis estreitamente coa actividade clínica diaria.

* **Sobre do SXNOE** – Neste apartado había que valorar-lo grao de acordo coas dez afirmacións recollidas no cadro 1. O acordo médiuse cunha escala que ía do valor cero, que se identificaba co “desacordo total”, ó valor dez, que supuña “acordo completo”.

O valor medio das respostas, grao de acordo/desacordo con estas afirmacións, presentou unha grande heteroxeneidade entre as dez afirmacións e mesmo entre o grao de acordo para cada unha delas. O maior grao de acordo observouse na afirmación que sostén que é necesario notificar con independencia da súa obrigatoriedade (afirmación nº 6), seguida da que di que o SXNOE é o principal sistema de vixilancia epidemiolóxica de Galicia (afirmación nº 1).

Por outra banda, o menor grao de acordo obtívoo a afirmación de que non se notifica por falta de material (afirmación nº 10) e a que di que o sistema de notificación ó SXNOE obstaculiza a práctica clínica diaria (afirmación nº 5). Na figura 3 pódese observar-lo grao medio de acordo con cada unha das afirmacións que continúa a enquisa.

Figura 2. Valoración das características do BEG e das GSP: Niveis medios e máis o intervalo conformado por unha desviación estándar



* **Sobre do sistema de alerta epidemiolóxica** – O primeiro e principal obxectivo do SAEG é facilita-la notificación das enfermidades de declaración obrigatoria urxente e de problemas cun contido epidemiolóxico, co obxectivo de asegurar unha resposta inmediata.

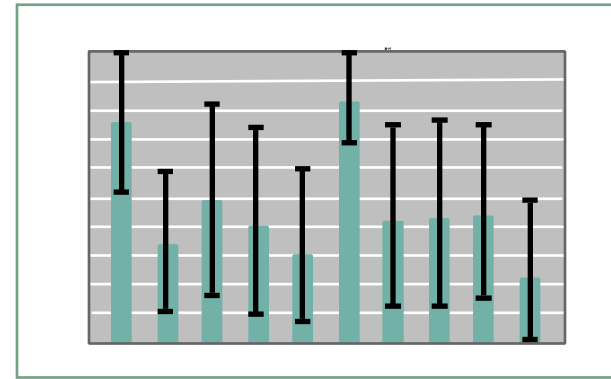
Cadro 1 – Afirmacións sobre do SXNOE	
1.	O SXNOE é o principal sistema de vixilancia epidemiolóxica de Galicia.
2.	As enfermidades transmisibles realmente importantes detéctanse na atención especializada.
3.	Só notificaría unha enfermidade de declaración obrigatoria trala confirmación do seu diagnóstico.
4.	As enfermidades de declaración obrigatoria notificadas por un só médico non poden aportar moita información á vixilancia epidemiolóxica.
5.	A notificación ó SXNOE obstaculiza a miña práctica clínica diaria.
6.	Con independencia da lexislación, desde o punto de vista profesional, tería que notifica-las enfermidades de declaración obrigatoria.
7.	Só sería necesario notifica-las enfermidades importantes ou graves.
8.	Notificar ó SXNOE supón dedicar un tempo do que non sempre dispoño.
9.	Descoñezo a utilización que se lle dá a información subministrada a través da declaración de enfermidades.
10.	Ás veces non podo declarar porque non dispoño de material

En relación co SAEG pretendíase coñecer se se recibiu a información remitida sobre el e, tamén, se os profesionais sabían quen chamar no caso de que fose necesario levar a cabo unha notificación urxente. Os resultados da enquisa amosaron que, aínda que só un 53,35% dos que respostaron afirmaron que recibiran a información que se lles remitiu, nembargantes, o 75,42% deles non tiñan dúbidas de a quen chamar no caso de ter que notificar urxentemente algunha enfermidade ou proceso de interese epidemiolóxico.

* **Sobre das suxestións** – Dos 360 profesionais que contestaron á enquisa, algo máis dun 25% aportaron algunha suxestión sobre o SXNOE e mesmo sobre os BEG e as GSP. Os temas nos que estas foron agrupadas son os seguintes:

- Enfermidades a declarar – Suxírese engadir enfermidades non transmisibles á declaración obrigatoria.
- Axiliza-la declaración – Indícase que hai outras formas alternativas para envia-la notificación.
- Métodos para facilita-la declaración – Suxírese unha maior simplificación no impreso e a inclusión de criterios clínicos.
- Problemas co material – Exprésanse queixas relacionadas coa recepción do material de notificación e mesmo coa recepción e formato dos BEG e as GSP.
- Carga asistencial e burocracia – Sostense que dificultan a cumprimento e envío dos impresos de notificación.
- Coordinación entre niveis – Sinálase certa descoordinación, tanto entre os diferentes niveis da asistencia sanitaria como con saúde pública.
- Mellora da información e formación – Destácase o interese das charlas informativas.
- Medidas de control – Propoñese estimula-la notificación tanto con incentivos como con sancións.
- Bilingüismo – Amósase interese nas publicacións bilingües.

Figura 3. Acordo con cada unha das afirmacións sobre do SXNOE: Grao medio e máis o intervalo conformado por unha desviación estándar.



COMENTARIOS ÓS RESULTADOS DA ENQUISA

* **Sobre do BEG e das GSP** - A DXSP considera satisfactorios os resultados deste primeiro apartado da enquisa, xa que as publicacións chegan ó seu destino final en máis dun 97% dos casos, e que o nivel de lectura dos mesmos é tamén axeitado. Respecto á valoración das características do BEG e as GSP, a puntuación media acadada deixa un importante marxe para a súa mellora; unha mellora na que se vai traballar tendo en conta as opinións e suxestións expresadas polo profesionais nesta enquisa.

* **Sobre do SXNOE** - Aínda que de seguido se vai a comentar algunha das afirmacións que incorporaba a enquisa, antes hai que salientarllo feito de que estar ou non de acordo con cada unha delas ten, como é obvio, unha repercusión diferente no que se refire ó sistema de vixilancia epidemiolóxica. Un maior grao de acordo dos profesionais coas afirmacións 1, 6 e 9 ten un mellor efecto sobre o SXNOE. O mesmo ocorre cun menor grao de acordo co resto das afirmacións.

Ademais, foi elevada a correlación das respostas dadas ás afirmacións complementarias, que miden aspectos semellantes como fan as que teñen o número 5 e o 8, ou o 2 e o 7.

Xa en relación coas afirmacións propostas, é de salientarllo por exemplo, o pequeno grao de acordo (3,41 de media) coa afirmación nº 2, que é coincidente co esperado, xa que a vixilancia dunha enfermidade vén determinada por outros factores que non están necesariamente relacionados coa asistencia hospitalaria.

Nembargantes, non se produciu o desacordo esperado coa afirmación nº 7, complementaria da anterior, e o seu lugar ocupou unha grande heteroxeneidade nas respostas. O desacordo espérase porque, aínda que a importancia ou a gravidade son significativas, non son suficientes para someter unha enfermidade a vixilancia, xa que é necesario que sexa posible levar a cabo unha intervención, ou ben un seguimento ou avaliación da mesma.

No caso da afirmación nº 3, é necesario lembrar que a declaración baixo sospeita é unha das características do SXNOE (ve-lo cadro 2) aínda que é certo tamén que, como consecuencia dos diferentes programas de control e mesmo doutras actividades hixiénico-sanitarias, boa parte das enfermidades vixiadas mudaron as súas características epidemiolóxicas e diminuíron en cantidade, de tal xeito que as manifestacións clínicas que antes da implantación das medidas de control facían que sospeita e confirmación fosen case coincidentes, hoxe esas mesmas manifestacións clínicas correspóndense cada vez menos coa enfermidade vixiada e máis con outras alternativas diagnósticas. Polo tanto, o grao medio de acordo coa afirmación (preto de 5) ben pode estar a reflictila tensión entre o xeito de declarar e o problema que supón facelo baixo sospeita.

Cadro 2 – Características xerais da notificación ó SXNOE	
•	Notifícase só casos novos.
•	Notifícase a sospeita clínica.
•	Hai tres modos de notificación. A notificación periódica (semanal) 1. Numérica (incluso “cero casos”) 2. Individualizada A notificación urxente (no momento)

As afirmacións 5 e 8, complementarias, tenden a explora-las causas da falta de participación na notificación. As respostas a ámbalas dúas, aínda que con certa variabilidade, maior no caso da afirmación nº 8, indican que os que respostaron están en xeral en desacordo con elas. De tódolos xeitos, neste caso é necesario ter en conta un posible nesgo de selección, xa que non tódolos enquisados respostaron.

O alto grao de acordo coa afirmación nº 6 (máis de 8) indica que, como se esperaba, os participantes consideran necesaria a vixilancia de certas enfermidades.

O grao medio de acordo (preto de 5) coa afirmación nº 9, está a indicar que é necesario explicar mellor o uso que se lle dá ós datos obtidos coa vixilancia, e mesmo tamén o propio SXNOE. Basicamente, a información producida a través da vixilancia utilízase na toma de decisións en saúde pública, xa que permite responder preguntas como: ¿Recomendan as características epidemiolóxicas actuais desta enfermidade unha intervención? ¿É necesario modificar unha intervención existente ou a epidemioloxía da enfermidade está a amosa-lo comportamento que se esperaba?

* **Sobre do sistema de alerta epidemiolóxica** – Aínda que non é mala a porcentaxe de enquisados que coñecen o SAEG, xa que supera o 75%, considérase de grande importancia que esa porcentaxe estea o máis preto do 100% que sexa posible.

Por iso, semella apropiado lembrar aquí que as notificacións ó SAEG fanse por teléfono, a calquera hora do día, e que os teléfonos ós que se pode chamar veñen en tódalas contraportadas dos BEG.

* **Sobre das suxestións**– Certamente, o número de médicos que ó repostar á enquisa aportaron, ó mesmo tempo, algún comentario ou suxestión sobre o SXNOE e as publicacións relacionadas con el, non foi numeroso. Nembargantes, a súa aportación pode ser de interese para tódolos profesionais, ademais de para a DXSP, e por iso fanse os comentarios que seguen.

En relación coas enfermidades a declarar, o interese na notificación das enfermidades crónicas enténdese ben no contexto dos procesos que con maior frecuencia son atendidos polos profesionais de AP. A vixilancia das enfermidades crónicas e os seus factores de risco vai adquirendo unha maior relevancia e estase a desenvolver, na actualidade, na maioría dos países europeos, aínda que as particularidades das mesmas, as súas diferencias coas enfermidades transmisibles e a súa diferente repercusión no ámbito da saúde pública, fan que a súa vixilancia sexa máis problemática.

No que se refire ás suxestións para axiliza-la declaración e mesmo os métodos para facilitala, é necesario lembrar que a periodicidade semanal do sistema é suficiente e non ten que verse moi afectada polo envío por correo postal. Por outra banda as declaracións urxentes non deberían amosar ningún problema na súa declaración xa que o SAEG funciona as 24 horas do día tódolos días do ano.

Nembargantes, hoxe estase a traballar xa nun sistema de notificación electrónica, que podería ser unha realidade nos vindeiros anos. Ademais, hoxe xa se pode acceder ós BEG e a algunhas das GSP en internet (<http://www.sergas.es>, en: “documentación técnica, Saúde Pública”). A DXSP pensa que esta iniciativa vai a facilitar-lo intercambio de información entre a DXSP e os profesionais de AP.

Os comentarios relacionados coa carga asistencial e a burocracia e a coordinación entre niveis son o contrapunto ó grao de afinidade co SXNOE que indican algunhas das afirmacións da enquisa, e revelan un certo descontento dos profesionais, aínda que polas limitacións da enquisa non é doado precisa-lo tipo ou tipos concretos de descoordinación ós que se fai referencia.

Dos comentarios e suxestións sobre formato e comodidade das publicacións e especialmente sobre a cuestión do bilingüismo hai que salientarllo que, ó teren, tanto o BEG, como as GSP, carácter de publicación institucional, están suxeitas as directrices coas que se configura a política lingüística da Xunta de Galicia e, por iso, se editan de xeito xeral en galego.

Para rematar, a DXSP agradece ós participantes nesta enquisa o seu interese polas actividades da vixilancia de enfermidades, o SXNOE, as súas publicacións e mesmo a súa colaboración nun proceso tendente a súa mellora. De feito, a DXSP considera que a opinión dos usuarios é fundamental cando se está a promover-lo mellora dos seus produtos e servizos.

¹ Diario Oficial de Galicia, nº 122. Venres, 26 de xuño de 1998.